Aus dem Knappschaftslazarett Hindenburg O/S.
(Leitender Arzt: Sanitätsrat Dr. Altmann.)

Appendix als Bruchinhalt.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Engelhard Hertel,
Medizinalpraktikant am Knappschaftslazarett Hindenburg O/S.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.
Berichterstatter: Prof. Dr. Küttner.

Der Wurmfortsatz findet sich zuweilen allein oder in Kombination mit Coecum, Netz, Dünndarm und anderen Eingeweiden als Inhalt von Brüchen.

Für die Entstehung sind kongenitale oder erworbene Verhältnisse verantwortlich zu machen.

Es folgt ein entwickelungsgeschichtlicher Überblick der in Rede stehenden Darmabschnitte. Die durch Entwickelungsanomalien bedingten Lageabweichungen, wie Retroposition, Sinistroposition, Dextroposition werden aufgeführt. Entwickelungsanomalien des Darmgekröses können freies Flottieren von Teilen von Dickdarm oder Appendix bis selbst auf die linke Bauchseite zur Folge haben.

Die Lage der Appendix ist bedingt durch die des Coecum, die sich auch durch dessen Füllungszustand ändern kann, und durch die Länge des Mesenteriolums. Um das Coecum als Fixpunkt gedacht, kann die Appendix Eigenbewegungen machen und Formveränderungen eingehen.

Für die Entstehung der Hernien, die neben Processus vermiformis noch andere Darmteile enthalten, sind dieselben ätiologischen Momente geltend zu machen, wie im allgemeinen bei Ausbildung von Brüchen.

Für die Entstehung von isolierten Wurmfortsatzbrüchen kommen im Betracht:

Offener Processus vaginalis,

Präformierung eines Bruchsackes für den Wurmfortsatz durch Netz oder eine Darmschlinge,

Verwachsungen des Wurmfortsatzes mit dem Peritoneum parietale und Ausstülpung des Peritoneum durch subseröse Lipome oder bei Gelegenheitsursachen in einen präformierten oder bei der Schlaffheit der Bauchdecken sich neu bildenden Bruchsack an dazu disponierenden Stellen,

Verwachsungen des Wurmfortsatzes mit dem im Herabstieg begriffenen Hoden infolge fötaler intraabdominaler Entzündungen.

Nach der Art der Wurmfortsatzlage unterscheidet man nach Rose Wurmfortsatzschlingen- und Wurmfortsatzendbrüche.

Hervorgehoben werden die Fälle, die in das Gebiet der Gleithernien fallen. Baumgartner unterscheidet bei diesen Gleitbrüchen:

- Hernien mit komplettem Bruchsack,
- Hernien mit unvollkommenem Bruchsack,
- Fälle, wo ein Bruchsack nicht nachweisbar ist oder Prolapse der Appendix.

Als hauptsächliche Komplikation bei Wurmfortsatzbrüchen sind Entzündung und Einklemmung zu nennen. Ätiologische Momente für entzündliche Prozesse des in der Hernie exponierten Wurmfortsatzes sind Zirkulationsstörungen, Druck von außen, Traumen, feste oder schwer verdauliche Stoffe, Ansammlung von Kot und Schleim und die durch Stauung des Inhaltes bedingte Zunahme von Bakterien.

Das Zustandekommen der Wurmfortsatzeinklemmung unterscheidet sich wenig von der elastischen Inkarzeration eines einfachen Darmbruches. Ein anderer Entstehungsmechanismus wird durch Retraktion der die Bruchpforte bildenden Gewebsfasern, oder durch Obturation der Bruchpforte durch das Mesenteriolum hervorgerufen.

Als sehr seltene Komplikationen werden Tuberkulose und Krebs des Wurmfortsatzes in Brüchen beschrieben. Pathologisch-anatomische Veränderungen bei der Appendizitis im Bruchsack sind im allgemeinen dieselben, wie bei der intraabdominellen Appendizitis. Als Verlaufseigentümlichkeiten werden hervorgehoben:

- Häufigeres Vorkommen von Gangrän infolge sekundärer Einklemmung der Arteria appendicularis,
- der durch Verwachsung an der Bruchpforte die Bauchhöhle sichernder Abschluß, infolgedessen eine diffuse Peritonitis zu den Seltenheiten gehört,
- bei chronischem Verlauf beobachtete harte Geschwulstbildung, infolge exzessiver Bindegewebswucherung um Wurmfortsatz und Samenstrang.

Bei der Appendizitis in pariete herniae können periherniöse Phlegmone, Geschwürsbildung, Kotfisteln entstehen.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei der Appendix-Inkarzeration werden beschrieben.

Unterscheidung zwischen primärer Inkarzeration und Entzündung ist vielfach unmöglich, infolge der Mischbilder, weil die infolge Entzündung voluminöser gewordene Appendix einer Inkarzeration unterliegen kann. Nur im Anfangsstadium ist eine einwandfreie Orientierung möglich. Im allgemeinen sprechen Adhärenzen, Strikturen und Ulzerationen, Eiter, Kotsteine oder Fremdkörper, frühzeitige Gangrän oder Perforation für Appendizitis, hingegen nur ein ödematöser zyanotischer Wurmfortsatz mit deutlicher Schnürfurche, ausgesprochene venöse Stase, die sich womöglich nach Behebung der Inkarzeration wieder ausgleicht, blaurote bis schwarze Verfärbung des Organs, die der eingeklemmten Darmes entspricht, oder im späteren Stadium auch Gangrän aber ohne Perforation für Inkarzeration.

Mikroskopisch treten in dem einen Falle mehr die Erscheinungen der Entzündung, in dem anderen die der Blutstauung in den Vordergrund.

Symptome: ein freier Wurmfortsatz im Bruch macht die gleichen Erscheinungen, wie etwa ein anderes Darmstück.

Bei akuter Hernienappendizitis unter gewöhnlicher Verlaufsart sind die Erscheinungen weniger stürmisch als bei der intraabdominalen Entzündung, was sich besonders aus der zirkumskripten Lokalisation des Prozesses in der Hernie erklärt.

Die Diagnose des im Bruchsack adhärenten Wurmfortsatzes ist ebenfalls sehr schwierig; er bietet gewöhnlich die Symptome, wie sie im allgemeinen bei irreponiblen Hernien beobachtet werden.

Die außerordentlich schwierige Diagnose ist einigemal unter Berücksichtigung der begleitenden Symptome gestellt worden durch Palpation eines drehrunden glatten, in entsprechenden Fällen mit dem Hoden verwachsenen, nach Klein erektilen Stranges. Kölliker macht auf eine Flexionskontraktur im Hüftgelenk aufmerksam, die er durch den Zug des sich spannenden Wurmfortsatzes sich erklärt. Für die mit Fistelbildung verlaufenden Fälle ist die Lage derselben am oberen Pol des Hodens charakteristisch.

Die Symptome der Inkarzeration bieten alle Übergänge vom Bilde einer lokalen Hernienentzündung bis zu schweren wirklichen Inkarzerationserscheinungen. Die Erscheinungen sind solche der Brucheinklemmung, nicht solche der Appendixinkarzeration. Jedoch tritt hier im allgemeinen die Darmverlegung mehr in den Hintergrund, Kotbrechen erfolgt nicht. Nach Sprengel kann ein intraperitoneales Exsudat oberhalb der Bruchpforte, wo die Nekrose des Wurmfortsatzendes sich abspielt, zur richtigen Diagnose führen.

Sehr leicht können Appendizitis im Bruchsack und Inkarzeration verwechselt werden. Die Schwierigkeit der Unterscheidung wird um so größer, je länger die Erkrankung besteht. Im Frühstadium wiegen bei der Appendizitis die Entzündungssymptome, bei der Inkarzeration die der Darmverlegung vor.

Differentialdiagnostische Momente gegenüber den Einklemmungen anderer Darmstücke in Gestalt einer Darmschlinge, eines Darmwand- oder Divertikelbruches, gegenüber Netzbrüchen, Fettbrüchen, Ovarialhernien, gegenüber Appendizitis bei zufällig vorhandenem Bruch werden ausgeführt.

Die Hernienappendizitis bevorzugt das kindliche und das höhere Lebensalter, während die intraabdominelle Appendizitis gerade im mittleren Lebensalter zwischen dem 15. und 35. Lebensalter am häufigsten aufzutreten pflegt.

Statistische Zusammenstellungen folgen, aus denen hervorgeht, daß etwa in 2 % aller Hernien als Inhalt der Wurmfortsatz allein oder mit anderen Organen anzutreffen ist.

Die Prognose ist bei der isolierten Wurmfortsatzentzündung oder Einklemmung verhältnismäßig günstig. Die Therapie besteht in der Appendektomie mit nachfolgender Radikaloperation der Hernie. Bei anderen Komplikationen nach anderen chirurgischen Grundsätzen.

Zum Schluß wird ein hier beobachteter Fall angefügt, ein Beispiel für ein dem Bruchsack adhärenten Wurmfortsatz.